UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 10

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

DÉLIRES ASSOCIÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1920

PAR

B. PÉTRITZER

Né à Indura (Russie), le 15 juin 1889

INTERNE DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

MAIRET, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur.
CABANNES, Agrégé. } *Assesseurs.*
EUZIÈRE, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN
Rue Vieille-Intendance, 5

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉLIRES ASSOCIÉS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 10

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

DÉLIRES ASSOCIÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

B. PÉTRITZER

Né à Indura (Russie), le 15 juin 1889

INTERNE DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITE

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

MAIRET, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur.
CABANNES, Agrégé. } *Assesseurs.*
EUZIÈRE, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN
Rue Vieille-Intendance, 5

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻), Doyen.
FORGUE (O. ✻), Assesseur.
IZARD, Secrétaire.

Professeurs

Clinique chirurgicale.	MM. TEDENAT (✻).
Clinique des maladies ment. et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT (✻).
Botanique et Histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (O. ✻
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. ✻).
Physiologie.	HEDON (✻).
Histologie.	VIALLETON.
Clinique médicale.	DUCAMP(✻)
Anatomie.	GILIS (✻).
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale.	VALLOIS.
Thérapeutique et Matière médicale.	VIRES (✻).
Anatomie pathologique.	MASSABUAU (⚕).
Chimie biologique et médicale.	DERRIEN (⚕).
Microbiologie.	N...
Pathologie interne.	N...
Clinique médicale.	N...
Médecine légale et Toxicologie.	N...

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, MOURET, VEDEL
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✻)
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. De ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adjoint.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	VEDEL, profes.-adjoint
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ✻ ⚕) a. l. (ch. de c.).
Médecine opératoire	SOUBEYRAN (✻ ⚕) a. l. (ch. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIÈRE, agrégé. (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.).
Matière médicale	CABANNES, agrégé. (ch. de c.).
Microbiologie	LISBONNE, agrégé (ch. de c.).
Stomatologie	WATON (✻ ⚕), doct^{r} (ch. de c.)

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
GALAVIELLE.	CABANNES.	ETIENNE.
GRYNFELTT (✻).	P. DELMAS	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIÈRE.	PECH (✻) ch.d'agr.
GAUSSEL (✻ ⚕).	J. DELMAS (⚕)	VALLOIS H. (⚕) c. d'agr.
RICHE.	RIMBAUD (✻).	

Examinateurs de la Thèse

MM. MAIRET, *professeur-président.*	MM. CABANNES, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.*	EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

B. Pétritzer.

À MON MAÎTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

Professeur de Clinique des maladies mentales et nerveuses
Doyen de la Faculté de Médecine
Associé national de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES

B. PÉTRITZER.

A Monsieur Eugène BÉCANE

CHEF DE BUREAU A LA PRÉFECTURE DE L'HÉRAULT

Témoignage de profonde reconnaissance
et de sincère amitié.

B. Pétritzer.

AVANT - PROPOS

Arrivé au terme de notre vie d'étudiant, nous ne saurions nous empêcher de jeter un regard en arrière et faire revivre nos souvenirs du passé.

A côté de la joie immense que nous éprouvons en accomplissant cet acte solennel, nous ne saurions dissimuler le sentiment de tristesse qui vibre en nous et y engendre quelque mélancolie...

N'arrivons-nous pas à la dernière étape d'un chemin difficile qui a été long à parcourir ?

En revêtant aujourd'hui la robe de Docteur, qu'on nous permette d'adresser un « Salut d'honneur » à l'ancienne et universellement illustre École de Médecine de Montpellier, dont les doctrines traditionnelles et l'auréole scientifique rayonnent dans tous les pays étrangers.

Nous ne saurions trop remercier notre excellent et cher Maître, l'éminent Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier, de l'attention toute particulière dont il a bien voulu nous favoriser. L'accueil qu'il nous a fait dans la clinique des maladies mentales à laquelle nous sommes resté attaché comme interne pendant 6 ans, les encouragements précieux dans la prise des observations, nous laissent un souvenir ineffaçable. Nous lui sommes redevable de nos acquisitions dans la façon de pénétrer l'esprit de l'aliéné, dans l'art d'observer et d'interpréter son délire et de l'intérêt et du respect qu'il cherche à nous inspirer à l'égard de ces malades.

Nous avons pu apprécier la valeur de ses leçons cliniques, la clarté de son exposition, son esprit de méthode et d'harmonie qui cherche à forger une discipline scientifique dans l'esprit de ses disciples.

Nous ne pouvons que déplorer les tristes circonstances nées de la plus terrible des guerres, qui nous ont amené à collaborer plus particulièrement avec M. le Doyen Mairet, à l'annexe de Font d'Aurelle du Centre de Neuro-Psychiatrie de la XVI[e] région, fondée en mars 1916. Nous avons pu y trouver, en donnant nos soins aux malheureuses victimes de cette guerre, l'occasion de recueillir de nouvelles idées et de nouvelles connaissances dans le domaine de la pathologie mentale.

Monsieur le Doyen, Médecin en Chef de cet hôpital, a bien voulu nous donner l'idée directrice du sujet de notre thèse, grâce aux multiples observations et aux recherches auxquelles nous nous sommes livré sous son contrôle.

Qu'on nous permette d'exprimer notre profonde reconnaissance à ce Maître de haute probité et de conscience.

Nous avons l'agréable devoir d'adresser notre profonde gratitude à notre cher Maître, M. le Professeur Granel, qui a bien voulu assister à notre thèse. Nous ne saurions oublier l'intérêt sympathique et la bienveillance soutenue qu'il nous a témoignés pendant notre vie d'étudiant.

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à M. le Professeur agrégé Euzière, qui a gagné notre sympathie et notre respect, par son affabilité et pour l'attention bienveillante qu'il nous a accordée au cours de notre séjour à la clinique des maladies mentales.

M. le Professeur agrégé Cabannes a droit à notre reconnaissance, pour la cordialité qu'il nous a toujours prodiguée.

Notre gratitude et notre respect va aussi à tous les maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier, dont nous emportons, gravé dans notre esprit, le souvenir reconnaissant sous

le symbole de ces deux statues, qui, à la porte de l'École, montrent aux jeunes générations d'étudiants les gloires anciennes de l'enseignement Montpelliérain.

Au moment de quitter l'Etablissement de Font-d'Aurelle, nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer notre reconnaissance à la Direction, pour l'hospitalité qu'elle nous a accordée, et à M. Chevalier-Lavaure, Médecin en chef, qui a montré à notre égard les sentiments les plus généreux et des témoignages de confraternité médicale.

L'émotion que nous éprouvons, en quittant cet Établissement et la clinique des maladies mentales, ne trouve-t-elle pas sa raison d'être dans l'attachement que nous avons éprouvé pour nos malades et dans les connaissances précieuses que nous y avons acquises, en vue de la spécialité médicale à laquelle nous allons désormais nous consacrer ?

Notre dernier mot sera un adieu ému à ce pays de Languedoc et de Provence, si beau par son soleil et par sa poésie, et que nous évoquons volontiers dans notre pays, en l'appelant le pays de Mireille !

INTRODUCTION

Pendant les trois ans que nous avons été attaché comme interne à l'annexe du centre Neuro-Psychiatrique de la XVI[e] Région (Font-d'Aurelle), il nous a été donné d'étudier un assez grand nombre de cas (93) de délire post-émotionnel. Ce délire nous est apparu tantôt simple, c'est-à-dire avec les caractères de celui étudié par MM. Mairet et Pierron, dans leur travail sur le « Syndrome émotionnel » ; tantôt associé à un autre délire qui, né à l'occasion du choc émotionnel, revêtait toutes les allures d'un délire vésanique et échappait par suite pathogéniquement à cette cause.

Ces délires associés nous ont semblé mériter de retenir notre attention et nous nous étions proposé de les étudier sous leurs diverses faces dans notre thèse inaugurale. Nous nous sommes bientôt aperçu que notre prétention nous entraînerait à des frais beaucoup trop élevés et nous avons dû nous borner : 1° à rapporter quelques observations cliniques, montrant les unes cette association, les autres la manière dont le délire post-émotionnel se transforme en délire vésanique ; 2° à établir le mode d'association des délires, le mode de passage du délire syndromique au délire d'aliénation mentale, et le pourquoi de cette association, laquelle reconnaît pour cause la prédisposition. Nous terminerons par quelques mots sur le traitement. Pour la même raison qui nous a fait réduire l'étendue de notre travail, nous laisserons dans l'ombre le côté historique.

CHAPITRE I

Délires associés

Observation I. — Pon..., 38 ans, 255e d'Infanterie, entré le 20 août 1917.

Nous ne possédons pas d'éléments suffisants pour pouvoir reconstituer dans ses détails la vie délirante de Pon... avant son entrée dans notre service. Nous savons seulement qu'à la suite d'émotions répétées sur le front, il a été pris d'un délire confusionnel avec peur pour lequel il est soigné dans divers hôpitaux. De ce délire, Pon... n'a conservé que quelques bribes.

Il répond très difficilement aux questions qu'on lui pose. Ne sait en quelle année a éclaté la guerre, ne sait quand il est parti pour le front. Il nous dit avoir été évacué à deux reprises, mais ignore absolument les dates de ces évacuations et les circonstances dans lesquelles elles se sont effectuées. Il sait qu'il vient de l'Hôpital Général du Service de M. le Professeur Mairet. Il sait qu'il est actuellement à l'annexe de Font-d'Aurelle. Sait l'année, la date (le 24 septembre), mais ne trouve pas le jour.

L'interrogatoire de cet homme est des plus difficiles. Ses réponses sont lentes, pénibles et incomplètes. L'expression de sa physionomie est triste. Son attitude est affaissée. Il accuse des hallucinations de la vue ; il voit des éclairs, des soldats équipés, des « boches » couchés par terre ; il voit

des étoiles qui changent de couleurs. Il entend le bruit des mitrailleuses. A certains moments, il entend les pleurs de sa mère ; il reconnaît bien sa voix, nous dit-il. Il a l'odeur de cadavre ou de quelque chose de pourri dans son nez. Il ressent comme des brûlures sur le corps ; il lui semble qu'on lui touche la peau. « J'ai peur que ce ne soit le diable qui me donne ces odeurs Quelque chose me touche ; j'ai des frissons par tout le corps ; j'ai peur que ce ne soit le diable qui me fasse cela ». « Je ne peux faire ce que je veux. Ça me fait mal à la tête ». « Quand je veux dire quelque chose je ne trouve pas quoi dire ». « Je crains qu'on ne me mette avec les gros fous ». « Ma famille sera déshonorée ».

A certains moments son esprit est hanté par l'idée de suicide. Il cherche, dit-il, à se distraire par tous les moyens.

Outre les troubles délirants, il faut noter : des céphalées intenses (en casque), des vertiges, des tremblements, des cauchemars et des réveils apeurés. Il y a de l'amnésie de fixation et d'évocation, de la diminution de l'effectivité et de l'indifférence vis-à-vis de son entourage ; mais à côté de cela, il y a de l'hyperémotivité. La lenteur mentale est considérable, la fatigue cérébrale et l'embrouillement intellectuel complètent le tableau clinique des troubles émotionnels.

L'examen somatique révèle de légers points douloureux sus et sous-mammaires droits et gauches. Pas de point épigastrique. Pas de points inguinaux. La sensibilité algésique, thermique et tactile est normale. Réflexes pharyngien et cornéens conservés. Dermographie marquée. Pas de rétrécissement du champ visuel. Pupilles égales, se contractent à la lumière. Réflexes rotuliens exagérés. Réflexes achilléens exagérés. Réflexes plantaires conservés. Réfllexes crémastériens conservés. Rien à l'auscultation des poumons. A l'auscultation du cœur on constate de l'éréthisme cardiaque. Pouls

fréquent et ample. Rien du côté du foie ; rien du côté de la rate. Langue saburrale. Constipation. Urines normales.

La ponction lombaire n'a décelé rien d'anormal : Albumine 0 gr. 30 centigr. Pas de lymphocytose. Wassermann négatif.

Mis en observation et soumis à un traitement intensif : hydrothérapie et traitement moral.

16 octobre 1917. — Notre malade reste dans le même état. Il accuse toujours les mêmes idées délirantes. Il n'est pas sociable, ne cherche pas à participer aux conversations de ses camarades. Ses réponses sont toujours brèves et hésitantes. Il se plaint de maux de tête, des cauchemars la nuit. Les hallucinations de la vue ont toujours le même caractère : il voit des boches habillés en gris, couchés dans l'herbe, parlant doucement ; il lui semble qu'ils font une baraque. Il entend le ta-ta-ta de la mitrailleuse, le coup de canon. A d'autres moments, il reconnaît la voix de sa mère qui pleure. Il accuse toujours les troubles de la sensibilité générale. Quelque chose lui court dans les bras et dans les jambes, ressent des frissons dans le dos. A côté de mauvaises odeurs, il sent quelquefois de bonnes odeurs, comme celle de la parfumerie. Il se demande si ce n'est pas le diable qui lui fait éprouver toutes ces sensations, mais n'en est pas sûr. Les idées de suicide le poursuivent assez fréquemment ; il lutte, dit-il, tant qu'il peut contre ces idées.

L'état de cet homme devient très inquiétant ; la surveillance est renforcée. Le traitement est intensifié.

En mars 1918, Pon... commence à s'ouvrir un peu. Sa physionomie s'éclaircit, devient plus communicatif avec ses camarades. On arrive à lui faire faire de petits travaux dans le pavillon. Les céphalées sont plus atténuées, les vertiges sont rares, les nuits sont meilleures. Il est moins émotif, paraît plus assuré dans l'entourage, avoir plus d'initiative et

plus de volonté. Il accuse encore, mais bien plus rarement la voix de sa mère qui pleure, et dit : « Mon Dieu mon fils ». Il entend plus rarement le bruit de la mitrailleuse ; il ne voit plus les boches équipés, couchés dans l'herbe ; mais il voit toujours du feu et des éclairs. Les perversions de l'odorat (odeur de chair pourrie) ont totalement disparu. Il ressent encore des secousses sur le corps ; à certains moments, il lui semble que les parties remuent. Il commence à reconnaître le caractère pathologique de ses hallucinations. « Je ne comprends pas qu'on puisse entendre des voix », nous dit-il. Il est tourmenté parce qu'il n'est plus à même de pratiquer la religion, comme auparavant. L'idée que c'est le diable qui est cause de sa maladie lui vient encore à l'esprit malgré lui.

Nous le suivons journellement et nous constatons une atténuation lente et progressive des troubles psycho-sensoriels de l'état de peur et du sentiment de tristesse.

Il part en convalescence de un mois. Examiné à son retour, Pon... n'accuse plus des troubles émotionnels. Les idées délirantes paraissent avoir complètement disparu. Il n'y a plus de vibration du sentiment de peur en lui. Il vit, dans le milieu de ses camarades, une vie normale, il est sociable. Il nous donne actuellement quelques détails relatifs à sa vie militaire.

Il a compté à l'effectif du 255e Régiment Infanterie du 14 octobre 1905 jusqu'en novembre 1916. Il a eu a supporter pendant cette période des fatigues et des privations. Évacué sur Dijon (Service neurologique de la 18e Région) en novembre 1916. Il était confus, ne parlait pas et avait peur, refusait l'alimentation. Il fut dirigé sur l'hospice de Mende, d'où il fut évacué sur l'Hôpital général de Montpellier. Il se souvient de s'être évadé de l'asile de Dijon, d'avoir été arrêté à Pont-St-Esprit.

L'association d'un délire de peur et d'un délire vésanique me paraît se dégager nettement de l'observation de Pon... Au

premier appartiennent en particulier la peur et les hallucinations guerrières (visions de Boches, de feu, d'éclairs ; bruits de mitrailleuses et de coups de canons ; odeurs de cadavres ; perversions de la sensibilité générale, etc.) ; les céphalées frontales, les vertiges, les cauchemars, la fatigue cérébrale, l'amnésie de fixation.

Au second appartiennent la lypémanie, avec les idées mystiques et de suicide, certaines hallucinations de l'ouïe (voix de sa mère) et l'idée que c'est le diable qui est la cause de tout ce qu'il ressent.

Progressivement, tous les troubles délirants s'atténuent, puis disparaissent, aussi bien ceux relevant du délire vésanique que ceux appartenant au délire de peur.

L'observation qui suit montre la même association d'un délire vésanique à forme lypémaniaque et d'un délire post-émotionnel.

Observation II. — L...., 46 ans, 117e d'infanterie, a été évacué de Vichy à Mende avec le diagnostic de « troubles émotionnels avec confusion mentale et hallucinations ».

Quant à lui, il ne peut nous donner que des renseignements très vagues sur son état psychique antérieur. Il nous dit seulement avoir fait campagne sur le front de Calonne, avoir eu beaucoup d'émotions, et consécutivement avoir perdu les idées. Il lui semblait qu'on lui tirait des torpilles ; il était agité « comme un chien enragé ». Il se souvient vaguement d'avoir été dirigé sur Verdun, entre le 16 et le 20 janvier, puis sur Vichy.

Il entre dans le Service le 29 septembre 1916. Là, L.... se montre déprimé, sa physionomie exprime la tristesse et le

mécontentement ; son facies est congestionné, ses traits sont tirés, et c'est sur un ton sans intonation qu'il nous raconte ce qui suit :

Il a des maux de tête, « ça me tire par là », en suivant avec son doigt le trajet du muscle sterno-cléido-mastoïdien à droite et à gauche ; et, en effet, la pression du muscle est douloureuse sur toute son étendue. « J'ai comme des piqûres tout autour derrière, j'ai comme des fourmillements dans la tête ; au front ça démange, ça pèse ». Lorsqu'il marche, les genoux se raidissent, il a des picotements sur tout le corps ; il se plaint des reins, de l'estomac, le cœur, dit-il, s'arrête parfois. Sa santé le préoccupe beaucoup, et sous ce jour, il nous apparaît comms un lypémaniaque à direction hypocondriaque, c'est-à-dire comme un vésanique.

Mais à côté des troubles qui précèdent, il en existe d'autres qui ont comme fond l'émotion peur et rappellent ceux qui caractérisent le délire post-émotionnel. La nuit, L.... a des cauchemars pendant lesquels il revit les scènes du front, et cela avec une telle intensité que, lorsqu'il se réveille apeuré, il se trouve généralement au pied de son lit. Le jour, il est dans un état de peur constant, le moindre bruit le fait sursauter, sa vue se trouble, ses oreilles bourdonnent et souvent il est obligé de s'asseoir par suite de vertiges.

Il existe donc chez L.... un délire vésanique et un délire post-émotionnel, avec prédominance toutefois du délire vésanique qui masque volontiers le délire de peur.

L'état somatique révèle les particularités suivantes :

Points douloureux sus et sous-mammaires droits et gauches. Point épigastrique douloureux. Points inguinaux douloureux. Réflexes cornéens très diminués. Réflexe pharyngé diminué. Hyperexcitabilité musculaire sans bourrelet. Dermographie marquée. Sensibilité algésique, tactile et thermique diminuée. Pas de rétrécissement du champ visuel.

Réflexes crémastériens normaux. Réflexes plantaires normaux. Réflexes rotuliens et achilléens exagérés. Pupilles égales, se contractent à la lumière. Tremblement des extrémités des doigts étendus. Langue projetée hors de la bouche, n'est pas animée de tremblements. Pas de troubles moteurs.

Ponction lombaire pratiquée, donne un liquide clair et hypertendu. Pas d'éléments figurés. Albumine 0,30. Wassermann négatif.

La pression au niveau des reins n'est pas douloureuse. Urines normales. Pas d'albumine. Pas de sucre. Pas de polyurie ni pollakiurie.

Il reste dans cet état pendant 5 mois environ. A ce moment, il accuse quelques idées à direction de culpabilité : il n'a pas fait son devoir sur le front parce qu'il ne pouvait pas travailler comme ses camarades ; s'il l'avait fait, sa femme et ses enfants auraient pu rester chez eux, tandis qu'ils sont dispersés.

Outre cela, L.... accuse un certain degré de suractivité psychique qu'il caractérise ainsi : « Les pensées me viennent vite les unes après les autres ; il y a des choses qui me reviennent à présent dans l'esprit ». Il revit sa vie d'enfance, sa vie de jeune homme. Cette surexcitation s'accroît les jours suivants et, sous son influence, il raconte des faits qui n'avaient pas été présents à son esprit jusqu'à l'heure actuelle. Il revit les scènes du front ; il parle d'une voiture qui l'avait conduit à Sommedieu, de quelques-uns de ses camarades qui avaient vécu avec lui dans les tranchées. « Ça tourne un peu partout, tantôt sur le front, tantôt à la maison, tantôt à ma femme et à mes enfants », voici comment il définit son état actuel. Il n'accuse pas d'hallucinations de l'ouïe, ni de la vue. Il s'accuse d'avoir mal accompli son devoir sur le front. Il est tourmenté par l'idée qu'on veut le tuer, qu'on

va le condamner à mort, et ces dernières idées remplacent celles à direction hypocondriaque d'autrefois. Cet état dure 8 jours, puis disparaît, et en même temps disparaît le délire.

Observation III. — M. La..., 28 ans, C. O. A., nous raconte ce qui suit :

Parti pour le front en octobre 1916, il a travaillé à Mireille (Somme) dans une baraque pendant 6 mois, a fait un séjour de 3 mois à Villers-sur-Coudun (Oise), un séjour de 5 mois à Soissons. Là, il était en proie à de fortes émotions dues au lancement des bombes ; il tressaillait de peur, dit-il. Il ne précise pas pourquoi il fut évacué ; dit avoir eu des vomissements ; avoir souffert de l'estomac ; il avait toujours peur sans savoir pourquoi ; il tressaillait au bruit d'une voiture ; n'était jamais assuré de lui. La nuit, il avait des cauchemars, il voyait des avions, il entendait le crépitement des bombes. Le jour, il était inquiet, avait peur de rester dans l'obscurité, il avait des bourdonnements dans les oreilles, voyait comme des étoiles noires devant les yeux.

Il a passé par Vierzy, Rouen (Hôpital n° 10), évacué ensuite sur l'Annexe de l'Esplanade de Perpignan.

Il entre au Centre de Neuro-psychiatrie (Hôpital Général) avec le diagnostic « Vomissements d'origine psychique et Psychasthénie ».

La feuille d'observation de l'annexe de Perpignan nous renseigne que l'examen radiographique de l'estomac, pratiqué le 12 octobre, ne montre rien d'anormal. Envoyé en convalescence ; renvoyé du dépôt à l'annexe de l'Esplanade de Perpignan.

A l'examen de l'estomac, rien d'anormal : pas de ballonnements, pas de clapotis. Urines normales. Le malade mange, prétend vomir alors que ses camarades de lit affirment qu'il ne vomit pas. Langue bonne. Poids 60 kilos (paraît amaigri). Cœur normal. Nombre de pulsations, 76.

Entré à l'annexe de Font-d'Aurelles, en janvier 1918, il se présente à nous avec un facies maigre, une expression euphorique de physionomie sans mimique expressive. Ses réponses sont niaises et lentes ; son esprit paraît absorbé et distrait. On est obligé de l'inciter pour lui arracher ses réponses.

Il se plaint de l'estomac, du cœur, des douleurs dans les pieds, dans les jambes ; il dit avoir des craquements dans la tête, avoir des vomissements, des suffocations.

Ses camarades, pour lui faire peur, lui disent : « Tu seras fusillé ».

Il a des cauchemars, il lui semble voir des hommes, des femmes, des boches qui le menacent ; il entend des obus qui tombent d'avions, il se réveille apeuré. Dans la journée, il ne voit pas ce qu'il voit dans la nuit, mais il est toujours apeuré, émotif.

Dans les oreilles, a des bourdonnements, des sons de cloches ; dans la bouche, a des aigreurs.

Au délire hypocondriaque est associé un délire de grandeur à direction religieuse, avec hallucinations de l'ouïe et illusions de vue : il entend la voix de Dieu, celle des anges, qui descendent du Ciel et qui lui disent qu'il faut qu'il marche avec ses camarades pour sauver la France ; il voit la Sainte-Vierge sous un manteau bleu-rouge, avec une couronne sur la tête, elle fait la prière. Il voit des anges en ceinture blanche. Il croit devenir Saint-Jean-Baptiste, Saint-Alexandre. On a voulu le nommer commandant, il y avait renoncé. Les anges viennent vers lui parce qu'ils reconnais-

sent qu'il est un homme de bien. Il accuse de bonnes odeurs dans le nez.

Au point de vue intellectuel, il faut noter de la lenteur mentale, de l'amnésie de fixation et un jugement caduc.

L'affectivité est conservée ; mais il y a de l'indifférence à l'égard de son entourage.

L'examen somatique révèle : Points sus et sous-mammaires droits et gauches légèrement douloureux ; point épigastrique légèrement douloureux ; points inguinaux non douloureux. Réflexes cornéens, pharyngé conservés. Sensibilité normale dans tous ses modes. Dermographie marquée.

Pas de retrécissement du champ visuel, pas d'hyperexcitabilité musculaire, réflexes rotuliens et achilléens normaux, réflexe plantaire normal à gauche, diminué à droite. Les pupilles réagissent à la lumière. Pas de troubles moteurs.

Rien au cœur, pouls normal, rien aux poumons, rien à l'estomac ni à la rate, ni au foie. Langue bonne.

Ponction lombaire pratiquée donne un liquide normal. Pas de lymphocytose ni de leucocytose, pas d'albuminose. Wassermann négatif.

Il passe à l'asile le 21 janvier 1918.

Observation IV.— M. S..., 32 ans, 281e d'infanterie, entré le 15 mai 1917.

M. S... est un homme dont le curriculum militaire se réduit aux faits suivants :

Resté au front depuis août 1914 jusqu'au 12 mai 1916, a fait successivement l'Alsace, la Belgique et le Pas-de-Calais. Il a du subir de grosses fatigues et de multiples émotions à répétition.

Les premières manifestations morbides remontent au mois de février 1916, en Belgique. Il devient triste, apeuré, émotif Ne peut plus supporter le bruit, évite tout ce qui pourrait l'impressionner et l'apeurer. C'est ainsi qu'un cercueil qu'il voit au poste de secours lui fait peur. Il lui semble qu'il est préparé pour lui. A cet état de peur se surajoutent des idées de persécutions ; il s'imagine qu'on veut lui faire du mal, qu'on complote contre lui, qu'on cherche à l'empoisonner.

Quelque temps après apparaissent des hallucinations de l'ouïe, n'ayant aucun rapport avec les idées de persécution : il entend la voix du Général qui lui dit qu'il sera décoré de la Croix de Guerre et de la Médaille Militaire. Dans ces entrefaites, il reçoit la visite de sa femme à Boisse (Aisne) ; cela suffit pour engendrer dans son esprit des interprétations délirantes à direction de jalousie.

Il s'imagine que le chef de musique lui a offert un corsage et un livre dans le but de la séduire ; il est tourmenté par l'idée qu'on cherche à la lui soutraire.

La nuit, il est en butte à des cauchemars : il bat sa femme parce qu'il la voit avec les deux individus qu'il connaît bien ; il est furieux, mais elle rit ; à d'autres moments, il lui semble qu'on veut l'étrangler, il voit du sang, des cadavres, il se réveille en sursaut et se cache sous sa couverture. Le jour, on le regarde partout ; on fait des gestes dirigés sur lui ; il lui semble que les gens se chuchotent entre eux. Sa femme est le sujet de leur complot. Telles sont les idées délirantes de S... durant son séjour en Alsace.

Le 12 mai, il vient en permission de 7 jours (à Montpellier). Il est hospitalisé trois jours après son arrivée (le 15), au Centre de Neuro-Psychiatrie de Montpellier.

Là, il se présente à nous avec une expression de physionomie trahissant la tristesse avec angoisse. Il accuse des idées

de persécution ; il a peur qu'on le tue ; il entend des voix intérieures, tantôt dans la tête, tantôt dans le cœur ou dans l'estomac.

« Tu seras fusillé ou gracié ! Tu as avalé la Croix de Guerre ! Tu as la Croix de Guerre parce que tu as fait fusiller les espions ! », ces voix il les entend constamment jour et nuit, mais non par les oreilles.

La nuit, il a des rêves guerriers, avec réveils apeurés ; il sursaute sur son lit lorsqu'il entend le moindre bruit ; il voit le chef de musique, il voit des cadavres, des cercueils, il voit les deux camarades qui complotent contre lui pour lui enlever sa femme.

Il n'accuse pas d'hallucinations de la vue. Il a de mauvaises odeurs dans le nez ; il a des secousses dans le dos et dans le genou : « Ça fait toc ! Ça remue dans le ventre ! » nous dit-il.

A côté des troubles délirants, Sa... accuse des céphalées au « sommet du crâne », dit que la douleur s'irradie et descend jusqu'au nez.

La mémoire d'évocation est conservée, celle de fixation est atteinte ; il y a de la fatigue cérébrale, un état d'hyperémotivité et des vertiges qu'il appelle « étourdissements ». Il présente quelques stigmates névropathiques, tels que : les points douloureux sus et sous-mammaires droits et gauches, point épigastrique, pas de points inguinaux. Hyperesthésie, dermographie et rétrécissement du champ visuel.

Réflexes rotuliens et achilléens exagérés, plantaires vifs.

Pupilles égales se contractant à la lumière.

Rien du côté de l'appareil respiratoire ; un peu d'éréthisme cardiaque. Pouls fréquent. Rien au foie, rien à la rate.

En résumé, Sa... se présente à nous comme un vésanique chez lequel il y a une association d'un délire de persécution actif, avec idées de jalousie, accompagné d'hallucinations psy-

chiques internes, des perversions du goût et des troubles de la sensibilité générale et d'un délire de peur avec troubles d'origine émotionnelle masqué par le délire vésanique.

Le 19 août, nous signalons une notable amélioration tant au point de vue du délire de persécution qu'au point de vue de l'état de peur ainsi que des troubles émotionnels. Ces deux ordres de troubles rétrocèdent progressivement et simultanément.

M. Sa... sort guéri le 7 octobre 1917.

CHAPITRE II

Délire vésanique succédant au délire syndromique ou apparaissant dans les périodes de rémission du 1er.

Observation V. — V..., du 58e d'Infanterie, est âgé de 25 ans. Parti au front le 5 août 1914, il est évacué le 1er septembre de la même année pour « troubles mentaux, peurs et hallucinations ». Soigné à Châteaudun, il est envoyé en convalescence à Agde. Là, il est pris d'un violent délire panophobique très actif qui nécessite son admission au centre Neuro-Psychiatrique de l'Hôpital général. Il revit sa vie militaire et cela par des hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe. Il voit des boches, des cadavres, du sang ; il se croit dans les tranchées ; il entend l'éclatement des obus, le crépitement de la fusillade ; des voix menaçantes disent qu'on va lui couper le cou ; il ressent des tremblements par tout le corps. A ces moments, l'agitation est considérable, puis le calme renaît, mais V... reste toujours un apeuré et sa physionomie traduit la peur, la tristesse et la méfiance, il tourne à chaque instant la tête d'un côté et de l'autre pour s'assurer que personne ne vient pour lui faire du mal. A un moment donné, un infirmier entre-baille la porte, il l'aperçoit et sa mimique traduit immédiatement une peur nuancée de terreur. Nous le calmons, il s'assied, mais tout à coup, il se dresse, serre les poings et s'écrie : « Oh ! les prussiens » et à chaque

instant, il nous dit qu'on lui fait des misères et qu'on menace de lui couper le cou. Ses nuits sont peuplées de cauchemars.

Et ainsi, V... nous apparaît comme un apeuré avec poussées d'agitation entretenues par des hallucinations de divers sens qui lui font voir, entendre, revivre les scènes du front dont l'impression a été telle qu'elles ont fait naître le délire. Et, en effet, cet homme présente tous les caractères du délire qu'on rencontre dans le « syndrome émotionnel ». Comme dans ce syndrome en outre, la mémoire d'évocation des choses récentes est très atteinte ; il se souvient seulement avoir eu de multiples émotions sur le front et avoir été blessé en Lorraine ; il ne se souvient ni des circonstances qui ont nécessité son évacuation, ni des hôpitaux par lesquels il a passé.

L'examen somatique révèle les particularités suivantes : Tremblements des extrémités supérieures étendues, absence de tout stigmate permanent sauf de la dermographie. Le liquide céphalo-rachidien s'écoule sans hypertension, est clair, sans albuminose ni lymphocytose. Tous les organes sont normaux, la langue seule est saburrale et il y a des alternatives de constipation et de diarrhée.

L'état qui précède persiste tel pendant plusieurs mois ; puis, le cinquième mois. le délire de peur avec ses hallucinations et ses sensations subjectives disparaît et V .. ne conserve plus qu'un certain degré d'émotivité. Cependant il n'est pas guéri. Si la physionomie n'exprime plus la peur, elle exprime la tristesse avec inquiétude et, en effet, il accuse de la tristesse, dominé par un sentiment de désespoir et d'anéantissement. « Je sais que je ne guérirais jamais ». « Je voudrais mourir de suite, tout le monde en serait content », etc... Et ainsi, à ce moment, V... nous apparaît comme un vésanique à direction lypémaniaque. Bientôt sur le fond lypémaniaque apparaissent des idées de persécution. Tout le monde lui en veut, on l'accuse d'avoir volé et d'avoir commis toutes espèces de choses

dont il n'est pas l'auteur, il existe de véritables hallucinations de l'ouïe, on lui crie des injures ; on lui lance de l'électricité sur le corps, on veut l'empoisonner et il examine avec attention les aliments qu'on lui présente.

Bref, si le délire syndromique a disparu, il est né tout un délire vésanique à fond lypémaniaque et à direction de délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe.. Ce délire nécessita l'admission de V... à l'asile des aliénés ; sa qualité nous rendit perplexe au point de vue de l'avenir ; d'ailleurs sa ténacité fut telle que c'est au bout de trois ans seulement qu'il s'atténua pour disparaître et aboutir à une intermission.

Inutile de revenir sur l'observation de V... ; elle nous montre avec une netteté parfaite un délire post-émotionnel d'une intensité et d'une ténacité grandes, disparaître à un moment donné et démasquer alors un délire d'un tout autre genre à forme lypémaniaque avec prédominance d'idées de persécution et hallucinations de l'ouïe ayant toutes les allures d'un délire d'aliénation mentale. Ce nouveau délire se prolonge et ce n'est qu'au bout de trois ans qu'il arrive à la guérison.

Ce n'est malheureusement pas toujours à la guérison — loin de là — qu'aboutit le délire vésanique né du délire post-émotionnel, mais à la chronicité et à l'incurabilité, l'observation suivante en fait foi.

Observation VI. — C... a subi au front des fatigues et des émotions répétées et cela pendant des mois. Ces fatigues et ces émotions ébranlèrent son système nerveux, mais pas au point de le faire considérer comme malade et de l'empêcher de continuer son travail consistant dans les derniers temps à creuser des tranchées. Cependant cet ébranlement existait, on

eût tôt fait de s'en apercevoir dans sa famille où il était revenu pour un congé de détente. Il était tout drôle, sursautait au moindre bruit, avait des tremblements et bientôt sur ce fond éclata un violent délire revêtant tous les caractères de celui du « syndrome émotionnel » ; confusion mentale, état de rêve, émotivité, sentiment de peur entretenu par des hallucinations de la vue lui faisant revivre les scènes du front, cauchemars ayant les mêmes caractères. Amené au centre Neuro-Psychiatrique, c'est ce même délire qui frappe l'attention, mais il s'atténue et disparaît assez vite, et seuls persistent quelques troubles d'origine émotionnelle, tels que céphalée, troubles visuels, rares étourdissements et hyperémotivité. Seulement, au fur et à mesure que ce délire va en décroissant et disparaît, s'en précise un autre de nature vésanique.

La physionomie exprime la concentration et l'inquiétude ; pendant notre examen, C... prend l'attitude d'un homme qui écoute et paraît tellement absorbé par ce qu'il entend qu'il ne répond pas aux questions que nous lui posons, semble même ne pas les entendre, puis son attention se fixe à nouveau. Alors il nous étale tout un délire des persécutions étroitement lié à des hallucinations de l'ouïe qu'il attribue à un appareil qu'on fait fonctionner à distance. C'est un nommé L..., de Montaigu, qui fait manœuvrer cet appareil avec lequel il lui donne en même temps des mouvements et des secousses dans tout le corps, en particulier dans le ventre, l'estomac et les jambes. Les voix qu'il entend le traitent de cochon et lui disent qu'on a tué deux de ses enfants. Non content de nous désigner son persécuteur, il cherche à s'expliquer pourquoi on le persécute : « C'est peut-être par vengeance sur moi et sur ma famille ». Nous avons beau essayer de le raisonner, de lui montrer l'inanité de ses idées et leur caractère délirant, il ne veut rien admettre ; ce qu'il entend, ce qu'il pense, est l'expression de la réalité.

Et ainsi, le délire de C... revêt les caractères cliniques d'un véritable délire des persécutions chronique avec l'incurabilité comme conséquence. Il dure tel depuis plus de deux ans, seulement aux hallucinations de l'ouïe s'en ajoutent de l'odorat (odeur de chair pourrie) et de la sensibilité générale sous forme de crampes dans les bras et les jambes.

Observation VII. — Le soldat R... est évacué du front le 18 mars 1917 ; il ne sait pourquoi. Il s'était reconnu à Bar-le-Duc. Les camarades lui avaient dit qu'il avait été fortement émotionné par l'éclatement d'un obus. Le billet d'hôpital de Bar-le-Duc porte : « troubles émotionnels avec agitation et confusion mentale », confirme le dire du malade. Il ne se souvient que très vaguement de Bar-le-Duc ; il se rappelle que le docteur Calmette lui avait défendu de parler d'aviation et du moteur qu'il voulait inventer. Il se rappelle aussi avoir été surexcité, ne pouvait rester en place. Evacué sur le centre de Neuro-Psychiatrie de la 16e région, il entre dans le service de M. le Professeur Mairet. Là, nous constatons quelques symptômes atténués se rattachant au syndrome émotionnel : des céphalées de temps à autre, quelques rares vertiges, des troubles visuels, une diminution de la mémoire de fixation et une lacune portant sur un laps de temps, allant de fin mars au 10 avril 1917, époque à laquelle il s'est reconnu à Bar-le-Duc.

Outre cela, R... accuse des idées d'invention ; il cherche à inventer un moteur à air comprimé. Ce moteur aurait 6 hélices et conduirait des voitures sans essence. Lui, le premier, cherche à réaliser ce système.

Il accuse, en outre, une voix intérieure qui est son guide depuis l'âge de 10 ans ; elle lui donne toujours de bons conseils ; elle dirige et contrôle tous ses actes et toutes ses pensées.

Elle le préserve contre de mauvaises actions, lui donne tantôt raison, tantôt tort. Il lui obéit, nous dit-il, d'une façon inviolable.

Observé dans le service, il se présente à nous sous deux aspects différents : 1° il passe tantôt par un état d'exaltation psychique avec contentement et suractivité imaginative. Il voit tout en rose, l'esprit est plus dégagé ; il a un sentiment de bien-être en lui ; il parle, il chante beaucoup. Les idées se succèdent rapidement dans son esprit et tournent toujours sur l'invention ;

2° La deuxième phase beaucoup plus courte et plus rare que la première, est caractérisée par un état mélancolique avec surexcitation psychique : des idées noires viennent en flot dans son esprit, idées relatives aux malheurs qui avaient frappé sa famille (3 beaux-frères tués, 1 frère et 1 beau-frère prisonniers de guerre). On le voit dans l'isolement, il cause peu. Ces deux phases alternent sans laisser un état neutre intermédiaire entre elles. Notre malade compare son état d'esprit à « un ruban qui tourne dans la tête ».

Il reste dans le service 7 mois. Le traitement a une heureuse influence sur lui ; il sort de l'hôpital dans un état tel qu'il est à même de faire un service auxiliaire.

D'après les renseignements fournis par sa famille et l'enquête provoquée à son sujet, il résulte que M. R... était un bon travailleur, un homme sobre, avait toujours conservé cette voix intérieure qui doit être envisagée comme quelque chose faisant partie de sa constitution psychique. Tous les membres de la famille sont nerveux.

L'examen somatique ne révèle pas de stigmates névropathiques, la sensibilité est normale. Pas de troubles moteurs. Pupilles égales réagissent à la lumière. Réflexes tendineux et cutanés normaux.

Rien du côté des divers appareils. Urine normale. Ponction lombaire pratiquée donne un liquide clair ne décelant rien d'anormal. Wassermann négatif.

Observation VIII. — M. A..., 86e d'artillerie, 35 ans, entre dans le service le 13 septembre 1917, il nous vient de Bar-le-Duc avec le diagnostic « maniaque dépressif, alternative d'excitation et de dépression ».

Il nous est difficile de reconstituer sa vie militaire faute d'éléments suffisants, mais le rapport du Conseil d'administration du 20e régiment d'artillerie, où il avait été incorporé dès le début, nous fait connaître que le brigadier A... a dû endurer de multiples fatigues et émotions au cours de l'hiver 1914-15 en Belgique. Il nous raconte avoir été évacué sur Bar-le-Duc; ne se souvient pas de son évacuation, dit avoir eu de fortes émotions par suite d'un bombardement intense. Il avait peur et cherchait à s'abriter. Il avait des tremblements, ne pouvait pas dormir, parce qu'il avait des cauchemars guerriers terribles. Il se cachait sous son lit.

Dans le service, il nous frappe par son rire niais et une manière d'être un peu particulière, il paraît vivre tout un délire. Il se lève à 3 heures du matin, tout nu, met un tablier, sort à grand pas dans la court, parle du Christ ; dit qu'il va trouver Dieu sur le Mont Sinaï.

Interrogé, il accuse des idées de grandeur à direction mystique. Dit qu'il est Jésus de Nazareth depuis 2 ans. Entend des voix qui lui donnent des ordres de Dieu. Dit qu'il était

destiné pour faire la paix du monde. — N'accuse ni hallucinations de la vue, ni troubles de la sensibilité générale, ni de l'olfaction, ni du goût.

Ces conceptions délirantes revêtant une allure niaise, reposent sur un fond de surexcitation psychique. Réexaminé le 6 octobre 1917, il paraît avoir changé quant au fond délirant. Il n'est plus Jésus-Christ, n'entend plus la voix de Dieu, ne se croit plus sauveur du monde. La surexcitation psychique n'existe plus, n'accuse pas grand'chose au point de vue troubles émotionnels. Les nuits sont bonnes ; il n'y a plus d'agitation nocturne.

A... paraît être revenu à son état de bien. Il reconnaît parfaitement le caractère délirant de ses idées. Il raisonne, se comporte dans la vie journalière comme une personne normale, et paraît avoir repris son équilibre intellectuel. Seul persiste son rire niais, irraisonné.

Rien à noter au point de vue intellectuel : la mémoire de fixation et d'évocation est conservée intégralement

L'examen somatique ne révèle rien de particulier, à part quelques tremblements des extrémités des doigs étendus, pas de troubles moteurs. La sensibilité est normale.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

Rien du côté du tube digestif.

Foie et rate normaux.

Ponction lombaire pratiquée dès le début, n'a donné ni albuminose ni leucocytose. Wassermann négatif.

Il sort le 8 mars. Guéri.

CHAPITRE III

Le mode d'association, le pourquoi de cette association et quelques considérations psychologiques sur le passage de l'état syndromique à la vésanie

Les observations cliniques que nous rapportons montrent, d'une façon évidente, que l'association du délire émotionnel et du délire d'aliénation mentale ne se fait pas toujours de la même manière.

Il est des cas où les deux délires sont intimement intriqués, sans qu'il y ait une prédominance manifeste des troubles syndromiques ou des troubles vésaniques. C'est notamment le cas de Po...., où la vésanie et l'élément syndromique se tiennent et s'enchevêtrent. Et ceci nous explique leur rétrocession et leur disparition simultanées.

Il en est d'autres chez lesquels l'association des deux délires, bien qu'elle existe, ne présente pas le caractère de liaison intime, mais il y a une prépondérance nette de la vésanie qui masque, en quelque sorte, le délire syndromique. C'est pour cette raison que la physionomie clinique des troubles délirants, dans leur ensemble, revêt la forme d'une aliénation mentale banale, et il est difficile de faire une analyse élective du délire émotionnel, mais qui n'en existe pas

moins sous forme d'un état affectif de peur avec hyperémotivité et troubles relevant de ce syndrome.

C'est ainsi que chez S.... on se croirait volontiers en présence d'une lypémanie avec idées de persécution, idées de jalousie accompagnées d'hallucinations psychiques, mais la peur, entretenue par de l'angoisse et de l'anxiété, donne à cette lypémanie quelque chose de spécial, notamment une teinte phobo-maniaque.

Chez d'autres encore, on trouve un délire hypocondriaque masquant le délire syndromique qui occupait toute la scène au début. Ce dernier perd de son acuité, pour donner la prépondérance au délire hypocondriaque. Un nouveau délire s'associe alors au complexus délirant à forme mixte, prenant les allures d'un délire vésanique, et il se constitue une véritable folie, dont le pronostic lui est lié et en dépendra intégralement.

L'observation de Lay.... en est la preuve. Dès le début, nous sommes en présence d'un délire mixte, dans lequel les idées hypocondriaques envahissent toute la conscience du malade, l'état de peur n'étant qu'un reliquat du délire primitif, entretenant le « moi » affectif du malade, et, partant, consolide le délire hypocondriaque.

Un délire de grandeur à direction religieuse, avec hallucinations de l'ouïe et illusions de la vue s'adjoint au système délirant à base hypocondriaque, et notre malade continue cette double évolution vésanique qui passe à la chronicité.

Chez certains, on trouve un délire émotionnel avec agitation intense, un état confusionnel, la peur et les hallucinations de la vue et de l'ouïe étant à la base du délire. A un moment donné, cet accès délirant syndromique rétrocède et le malade entre dans une période de rémission, au cours de laquelle apparaissent des conceptions délirantes n'ayant aucun rapport avec le premier. Un délire d'aliénation mentale se

constitue, dont la modalité peut être variable, et dont le pronostic dépend de la qualité de l'aliénation.

L'observation de Ro..., par exemple, nous montre que l'accès d'agitation avec confusion mentale s'étant atténué, le délire d'invention occupe seul le champ de la conscience et la maladie passe à la chronicité.

Chez Au..., il en est de même. Le délire confusionnel avec agitation disparaît, est suivi d'un état de dépression et c'est alors que les idées de grandeur à direction religieuse avec hallucinations de l'ouïe, prennent la prépondérance. Cet état reste stationnaire pendant longtemps (6 mois) et tout finit par disparaître.

Chez beaucoup d'émotionnés, enfin, il n'y a pas d'association à proprement parler, mais il y a la succession du délire vésanique au délire syndromique ainsi que le montrent les observations de V.... et de C... où il y a chez le premier une transformation du délire de peur en lypémanie avec des idées de persécution et troubles psycho-sensoriels, qui finit par disparaître. Chez le deuxième, un délire de persécution avec perversions sensorielles succède au délire primitif et devient chronique. Chez quelques malades le délire vésanique ne reste pas fixe dans sa modalité première, celle-ci peut changer. Ainsi L... présente un délire hypocondriaque masquant le délire de peur, puis plus tard une surexcitation psychique avec prédominance d'idées de culpabilité et de persécution, qui disparaissent à leur tour et le malade guérit.

Nous ne saurions négliger une question qui nous paraît en rapport avec l'évolution des délires associés. C'est celle des étapes successives par lesquelles le malade passe, pour arriver de l'émotion-choc à une aliénation mentale, et des facteurs pathogéniques qui interviennent pour expliquer la raison et le développement de la folie. A cet effet, nous nous permet-

tons d'entrer dans quelques considérations d'ordre psychologique qui nous paraissent indispensables.

La vie psychique de chacun de nous est subordonnée à un élément affectif qui relève de notre vie organique et de notre « moi » subjectif. Ce dernier crée, en quelque sorte, un état d'aperception intérieure ou d'introspection, qui donne un sentiment vague de nos tendances, et met en activité notre « moi » égotique. Ce dernier ramène les perceptions vers soi, les élabore en représentations, pris en idées. Il se produit par synthèse un état affectif qui est à la base de notre personnalité.

D'après Ribot (1), l'état affectif normal c'est la succession des plaisirs, peines, désirs, caprices, etc... Qu'un choc émotionnel se produise, il y aura une prédominance d'une tendance sur les autres. Toute l'activité du sujet sera donc orientée vers cette tendance ; il en résultera un état affectif correspondant à cette tendance. L'émotion dans l'ordre affectif est ce qu'est la perception dans l'ordre intellectuel.

D'après cet auteur, « dans la grande majorité des cas, les maladies mentales débutent par des troubles affectifs et les aberrations intellectuelles n'apparaissent que plus tard ».

Les émotions à répétition ou le choc émotionnel, provoque chez notre malade un métabolisme cérébral, en vertu duquel les fonctions physiologiques de la nutrition subiraient des aberrations considérables, il y aurait une déviation fonctionnelle de l'organisme cellulaire du cerveau. Il se produirait un processus d'irritation des centres nerveux, notamment des centres de la vision, de l'audition, de l'olfaction, du goût et du tact ; des centres de la zone motrice et de ceux correspondant aux fonctions de la vie organique.

(1) Ribot. *La psychologie des sentiments.*

D'après certains auteurs (1), il se produit consécutivement au choc émotionnel un processus d'auto-intoxication dans toute l'économie. Sous l'influence de ces aberrations, il naît un état affectif qui se traduit, si je peux m'exprimer ainsi, par le sentiment pénible d'une cénesthésie pesante. L'activité intellectuelle est complètement étouffée. Les associations idéatives ne se font plus. Les actes volitifs disparaissent de la sphère de sa conscience.

La tendance-peur est à la base du « moi » affectif qui envahit toute la conscience. C'est, en quelque sorte, la période d'incubation pendant laquelle la peur purement affective est entretenue par le sentiment égotique de la personnalité.

A un moment donné il se produit une reviviscence des scènes que l'individu a vécues sur le front : boches, cadavres, sang, feu, obus, etc... L'état affectif de peur vague s'intellectualise : les perceptions enregistrées s'élaborent en représentations, puis en idées. Il se produit un véritable délire de peur mettant en jeu les organes des sens, d'où la production des hallucinations et des divers troubles psycho-sensoriels. A un moment donné nous sommes en présence d'un délire de peur psycho-sensoriel auquel les associations d'idées viennent s'adjoindre pour constituer un délire idéatif. Certains malades conservent pendant lougtemps ce dernier délire et ce sont surtout des individus d'une constitution émotive avec prédominance de la tendance-peur à la base. Ce sont aussi des individus chez lesquels l'intoxicatisn éthylique favorise puissamment la durabilité et la tenacité des hallucinations, qui entretiennent les conceptions délirantes, ou bien chez lesquels la débilité mentale restreint le champ des facultés synthétiques, au contrôle desquelles le délire échappe.

(1) Mairet et Pierron. *Syndrome émotionnel.*

C'est ici qu'il faut faire intervenir le facteur-prédisposition individuel et héréditaire. C'est ce dernier qui nous expliquera et justifiera l'association ou la succession des délires vésaniques sous toutes leurs faces.

La prédisposition-terrain, par réaction de l'état affectif, va mettre en activité tous les éléments névro- et psychopathologiques de la constitution individuelle du malade ; il se produira, en quelque sorte, une détente réactionnelle des idées, des sentiments faisant partie intégrale de la personnalité. Les manifestations réactionnelles du caractère du malade antérieur à l'éclosion des troubles mentaux, sa manière d'être, ses rapports à l'égard d'autrui, la conscience du « moi », sa tendance interprétative, la prédominance de l'être affectif ou de l'être intellectuel — tout cela crée une atmosphère, qui, fatalement, va se réfléter dans le délire ultérieur du malade et lui imprimera sa modalité, sa forme et son caractère fondamental. A un moment donné, nous serons en présence d'un délire de prédisposition, masquant le délire syndromique ou s'y associant et évoluant côte à côte, ou bien dominant seul la conscience du malade.

L'intervention de ce facteur dans l'évolution des délires associés de nos malades émotionnés, est un fait clinique absolument indéniable, ainsi que le prouvent les observations rapportées ci-dessus.

L'observation de P... nous montre un type clinique dont l'état de la prédisposition se traduit par un état d'esprit mystique avec tendance à la tristesse (il a fait un accès de dépression psychique en 1913, d'après l'enquête) ; une hérédité mentale collatérale portant sur la lignée maternelle (oncle et cousin du côté maternel avaient eu des troubles mentaux). Le délire vésanique associé a donc fait son évolution sur un terrain préparé par un état psychique constitutionnel et dévié par

les perturbations de l'atmosphère guerrière. Les émotions ont donc mis en activité la prédisposition du malade, d'où un délire d'aliénation mentale.

Le malade L... est un émotionné qui avait réalisé un délire de peur actif avec confusion mentale. Ce délire avait mis en activité une forte prédisposition, qui se traduit par : *a*) un caractère difficile avec tendance à l'hypocondrie, et tempérament nerveux ; *b*) par un organisme cellulaire moins résistant, par suite de l'imprégnation éthylique (gros buveur) ; *c*) sa débilité intellectuelle, avec un état d'esprit méfiant. Cet état de prédisposition relève : 1° d'une hérédité éthylique paternelle (père et grand'père alcooliques) ; 2° d'une hérédité dégénérative collatérale portant sur la lignée maternelle (oncle maternel mort imbécile) ; 3° d'une hérédité nervéuse collatérale (frères et sœurs très coléreux et violents).

La modalité des délires associés chez L... paraît en rapport avec les éléments constitutifs de la prédisposition à savoir : la tendance hypocondriaque de L... s'organisa en un véritable délire hypocondriaque succédant au délire syndromique. L'exaltation maniaque accompagnée d'idées de culpabilité et d'idées de persécution relèverait volontiers de sa débilitéintellectuelle, de l'intoxition éthylique et de son tempérament nerveux. La qualité de cette aliénation mentale serait donc en rapport avec le mode de la préd sposition du malade.

Le soldat R.,. est un prédisposé dont la prédisposition se traduit par deux ordres de stigmates : 1° une propension à l'invention : son esprit était constamment préoccupé plus particulièrement d'invention aériennes.

2° Une voix intérieure qui discute avec lui ses idées, ses sentiments, et qui, tout en le laissant libre de vouloir, le dirigé souvent dans telle ou telle direction.

Cette prédisposition bien qu'active, n'a pas empêché M. Rou... de vivre la vie ordinaire de tout le monde, de diriger son exploitation agricole et de se marier, et rien dans ses allures ne décelait quelque chose d'anormal.

Sur le front, la fatigué ressentie a d'abord augmenté cette prédisposition ; de violentes émotions morales survenues (3 beau-frères tués, deux à Salonique et un à Verdun) ont fait naître en lui un délire de peur actif, avec confusion mentale, entretenu par les hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Ce dernier a mis en activité la prédisposition sous forme de surexcitation psychique relativement aux inventions. Le délire de peur confusionnel a disparu, de même la suractivité relative à l'invention, et notre malade, actuellement au point de vue psychique, est un prédisposé chez lequel il y a un degré plus élevé de réceptivité cérébrale vis-à-vis de la vésanie, conservant un état d'hyperémotivité avec instabilité émotionnelle.

Ce qui domine chez C... c'est le délire actif de persécution dont nous avons parlé plus haut

L'état de la prédisposition de cet homme se traduit par une débilité intellectuelle et une grande susceptibilité à l'alcool.

Une hérédité cérébrale pèse sur C... (père a eu, jeune encore, des attaques de paralysie, à la suite desquelles il a succombé).

Nous sommes donc en présence d'un prédisposé qui, sous l'influence des émotions à répétition, avait réalisé un délire d'origine émotionnelle, se transformant par la suite en un délire vésanique essentiellement chronique.

L'état de la prédisposition : *a*) la débilité mentale ; *b*) la grande susceptibilité à la boisson, tel est le facteur créant un locus minoris resistentiæ cerebralis, et explique ainsi les allures chroniques et la ténacité du délire et fait de lui une véritable folie.

V... est un émotionné qui a réalisé un délire de peur actif, entretenu par des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale. Ce délire ayant disparu, un délire d'aliénation mentale vient s'y substituer, se traduisant par un état lypémaniaque, avec idées de persécution accompagnées d'hallucinations de l'ouïe, des perversions du goût et de la sensibilité générale. Il y a donc une transformation du délire de peur en délire d'aliénation mentale par mise en activité d'une prédisposition de qualité similaire.

Les renseignements fournis par les parents du malade et l'enquête provoquée nous apprennent, en effet, que V... a eu un accès délirant avec prédominance d'idées de persécution, bien avant la guerre. Il avait toujours eu un esprit un peu méfiant.

Le militaire Lay... est un émotionné chez lequel au délire syndromique s'associe un double délire dont la modalité est fort différente : délire hypocondriaque et un délire de grandeur à direction religieuse, entretenu par des perversions psycho-sensorielles. L'état de la prédisposition de Lay... est essentiellement constitué par : *a*) un certain degré de débilité intellectuelle portant sur le jugement et le sens critique ; *b*) un état d'esprit à tendance mystique ; *c*) une constitution émotive relevant d'une émotion-peur (à l'âge de 8 ans, il a dû garder le lit pendant 15 jours ; très apeuré depuis lors) ; *d*) troubles gastro-intestinaux, mettant le malade dans un état d'inquiétude relative à sa santé.

La qualité de la prédisposition relève : 1° d'une hérédité psychique familiale, se traduisant par la dévotion et croyances superstitieuses ; 2° d'une hérédité mentale collatérale, pesant sur la lignée maternelle (tante maternelle internée à l'asile d'Albi depuis 2 ans).

La modalité du délire associé est en harmonie avec le mode de l'hérédité et la qualité de la prédisposition du malade. Le délire de peur, le délire hypocondriaque et le délire religieux trouvent donc leur raison d'être dans sa constitution psychique.

Le militaire S.... est un émotionné qui a réalisé, par suite de fatigues et émotions, un délire de peur actif qui ne tarda pas à se transformer en un délire d'aliénation mentale à forme lypémaniaque, avec idées de persécution, idées de jalousie nourries par des hallucinations internes, par des perversions du goût et troubles de la sensibilité générale. Les troubles d'ordre émotionnel sont masqués par le délire vésanique.

Ceci s'était greffé sur un cerveau prédisposé, dont la prédisposition est constituée par un tempérament facilement suggestionnable et émotionnable, et un caractère jaloux. Il est, en même temps, un prédisposé par l'hérédité éthylique paternelle (père gros buveur), et l'hérédité mentale collatérale du côté paternel (tante paternelle internée à l'Asile de Font-d'Aurelle. — Diagnostic : lypémanie avec idées de suicide). La prédisposition terrain individuelle d'une part, et la prédisposition par hérédité combinée : mentale similaire et éthylique paternelles, d'autre part, expliquent naturellement le délire syndromique et la lypémanie intellectuelle avec idées de persécution et idées de jalousie.

Le militaire A.... est un émotionné qui, consécutivement à un choc émotionnel intense, a réalisé un accès délirant confusionnel avec agitation à direction de peur. L'accès cesse et entre dans une phase de dépression, pendant laquelle naît un délire actif de grandeur à direction religieuse, avec hallucination de l'ouïe.

A.... est un prédisposé chez lequel la prédisposition se traduit par : *a*) des stigmates physiques de dégénérescence ; *b*) éthylisme ; *c*) un rire niais non en rapport avec le délire intellectuel. Une double hérédité mentale et éthylique du côté paternel, et psychique à direction de dévotion du côté maternel (père gros buveur ; tante paternelle, troubles mentaux consécutifs à une fièvre typhoïde ; mère impressionnable, dévote, avait des crises de tristesse).

L'état de la prédisposition, de par son organisation psychique et de par ses troubles d'hérédité, suffit pour mettre en activité ses éléments constitutifs, pour engendrer un délire vésanique dont la modalité clinique est en rapport avec la qualité de la prédisposition (1).

Pour montrer l'importance capitale de la prédisposition dans le développement des délires associés, nous nous sommes appliqués à la rechercher chez nombre de nos malades. Nous apportons quelques chiffres démonstratifs, au point de vue documentation, résultant des investigations cliniques faites dans l'annexe de Font-d'Aurelle du Centre de Neuro-Psychiatrie.

Parmi les 213 malades militaires que nous avions étudiés et suivis quotidiennement, il y en a eu 93 émotionnés, qui, consécutivement à des émotions répétées ou à un choc émo-

(1) Les renseignements nous ont été fournis par l'enquête, par la famille et par le malade lui-même.

tionnel brusque, avaient réalisé un délire de peur. Parmi ces derniers, les uns avaient présenté des délires vésaniques associés au délire syndromique, les autres, des délires vésaniques masquant le délire syndromique. D'autres encore, le délire d'aliénation mentale succédait au délire primitif, ou bien apparaissait dans la période de rémission du dernier. Chez beaucoup d'entre eux, existait un délire de peur seul, n'ayant pas le caractère de la vésanie (au total 48).

A une autre catégorie appartiennent les malades entrés dans le service, après avoir passé par plusieurs hôpitaux. Le délire syndromique avait donc échappé à notre observation, et nous sommes déjà en présence d'un délire vésanique ayant subi des transformations dans son évolution. (Les billets d'hôpitaux et les interrogatoires directs de ces malades confirment les émotions et les fatigues comme cause originelle de leurs troubles mentaux. Au total 45).

Parmi les 48 premiers, il en est 28 avec une forte prédisposition individuelle et une lourde hérédité (mentale, psychique nerveuse ou alcoolique), qui ont passé à la chronicité ; 13 sans prédisposition apparente ni hérédité ont guéris ; 5 avec prédisposition individuelle et hérédité mentale ou psychique sont sortis en état de rémission ; 2 avec prédisposition individuelle et hérédité — alcoolique et nerveux — sont guéris, mais l'état de la prédisposition est fortement accru et de nouvelles rechutes pourraient se produire à l'occasion du moindre choc. Parmi les 45 délirants entrés dans le service en pleine évolution du délire vésanique, il en est 29 avec prédisposition individuelle et hérédité (mentale, psychique nerveuse, alcoolique et cérébrale), passés à la chronicité ; 6 avec prédisposition individuelle et hérédité inconnue, passés à la chronicité ; 7 sans prédisposition individuelle apparente ni hérédité, guéris ; 3 avec prédisposition et

hérédité (mentale alcoolique et psychique), sortis ; 1 en rémission ; 2 en intermission.

De notre étude sur les délires associés, il se dégage une question d'une haute importance tant au point de vue de la pathologie mentale qu'au point de vue de la pathologie générale. C'est notamment le rapport intime qui existerait entre la qualité de la prédisposition et la modalité clinique de l'aliénation mentale. C'est précisément dans l'évolution des délires vésaniques associés ou transformés que nous verrons, mieux que nulle part, se dégager l'influence de la prédisposition sur l'organisation du complexus délirant, en lui donnant l'empreinte de la vésanie.

C'est là que nous pouvons suivre l'évolution du délire de la prédisposition, à côté du délire primitif émotionnel.

Il y aurait encore un intérêt non moins important d'établir la corrélation qui existerait entre l'état de la prédisposition du malade, le mode de son hérédité et le fond affectif sur lequel se greffent les conceptions délirantes. Tous nos émotionnés délirants aboutissant à la folie peuvent être divisés en deux grandes catégories : dans l'une l'on voit la surexcitation ou l'agitation maniaque à la base de l'aliénation mentale, et dans l'autre c'est la dépression psychique qui est le fond sur lequel résident les idées délirantes.

Ces deux questions méritent d'être étudiées à part.

Les recherches que nous avons faites à ce sujet avec notre maître, M. le Professeur Mairet, ont orienté nos esprits dans cette direction.

Mais il nous a été impossible d'aborder cette étude, étant donné la restriction à laquelle nous nous sommes vu contraint, ce travail nécessitant une étude à part.

TRAITEMENT

Il nous paru logique d'indiquer les procédés et les moyens de traitement auxquels nos malades aux délires associés, avaient été soumis au cours de leur hospitalisation à l'annexe de Font-d'Aurelle.

1° Au premier abord, notons l'hydrothérapie, sous forme de bains chauds de courte durée ou prolongés, suivant l'état du malade. Ceci a eu une heureuse influence surtout sur ceux qui présentaient un état de surexcitation ou d'agitation maniaque, ou d'inquiétude avec réaction coléreuse.

Uu jet d'eau froide sur la tête avait été indiqué spécialement pour certains d'entre-eux, à la sortie des bains, pour décongestionner la tête ; bains de pieds et frictions sèches. Des douches en pluie avaient été pratiquées pour les malades déprimés, tristes, comme stimulant du système nerveux. Des enveloppements mouillés pour certains en état d'inquiétude, avec angoisse et anxiété.

2° Moyens médicamenteux : Décoction de quinquina, cacodylate de soude à 0,05 centigrammes par cc. de solution en injection hypodermique ; glycéro-phosphate de chaux, de fer et de quinine associés en pilules.

Chlorhydrate d'adrénaline au 1/1000 de V à XV gouttes dans de l'eau, pour provoquer une vaso-contriction chez certains congestifs.

Acétophénone de V à X gouttes, chez certains sujets ayant présenté des troubles de la sensibilité générale.

Sulfonal à dose de 1 gr. à 2 gr. en 4 fois, dans le courant de la journée, chez les surexités maniaques. Association de chloral, de sulfonal et de bromure de potassium aa 1 gr. chez certains, chez lesquels il y a de la suractivité psychique avec nervosisme.

Chlorhydrate d'hyoscine de 1/2 milligr. à 1 milligr. pour centimètre cube de solution, en injections hypodermiques, pour ceux chez lesquels les troubles de la sensibilité étaient localisés dans la sphère génitale.

Sulfate de Brucine de un à deux milligr. pour 1 cc., en injections hypodermiques, dans le cas de tremblements fonctionnels. Nous avons dû renoncer à ce traitement qui ne nous a pas donné les résultats voulus.

3° Traitement normal : Suggestion, encouragement, causeries, distractions et promenades.

CONCLUSION

Le but que nous nous sommes proposé est de démontrer que le délire post-émotionnel ne reste pas toujours simple, mais qu'il s'associe très fréquemment à celui-ci un délire vésanique n'ayant aucun rapport avec le premier. Ces deux délires peuvent être intimément enchaînés ou bien le second masque le premier. Le délire syndromique existe à l'état latent et donne à la physionomie clinique de l'aliénation une teinte un peu spéciale.

Quelquefois, il y a succession ou alternance, d'un délire vésanique au délire syndromique, ou bien apparition du deuxième dans les périodes de rémission du premier. Le pourquoi de l'association ou de la transformation réside dans la prédisposition individuelle et héréditaire du malade et le pronostic de l'aliénation mentale dépendra de la modalité du délire et du degré de la prédisposition.

Il peut y avoir ou guérison ou bien passage à la chronicité ; dans l'évolution des délires associés il y a une influence et un entretien réciproques. Le pronostic pour cette raison est plutôt bénin. Dans les délires par transformation ou par succession, le pronostic paraît bien plus sombre.

Le rapport qui existe entre la modalité du délire vésanique et la qualité de la prédisposition individuelle et héréditaire est un fait clinique de tout premier ordre.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 juillet 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 juillet 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!